

CARTAS AL DIRECTOR

Alcoholismo en conductores de autobús

(Alcoholism in bus drivers)

Sr. Director:

La ingestión de bebidas alcohólicas es un factor de riesgo fuertemente asociado a las accidentes de tráfico, los cuales, cuando ésta es su causa, producen más lesionados y fallecidos¹. Este problema es aún más importante durante la conducción profesional de vehículos, y en especial en autobús u otros medios de transporte colectivo, donde el número de individuos afectados durante accidentes de tráfico puede ser mayor.

Algunos estudios realizados a conductores de autobús han demostrado que los trastornos psiquiátricos, incluido el alcoholismo, son frecuentes como causa de muerte y discapacidad para la conducción^{2,3}. En un estudio descriptivo de 45 conductores de autobús, realizado en la provincia cubana de Pinar del Río, el 12,5% fue considerado alcohólico, lo que constituyó una alarma por la falta de antecedentes sobre el tema en el país. Motivados por la ausencia de estudios nacionales sobre la frecuencia de alcoholismo en conductores de autobús, y la conocida asociación alcohol-accidentes en el país, se decidió realizar un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de alcoholismo en conductores de autobús de Ciudad de La Habana.

Realizamos, en el período enero-abril de 2004, un estudio descriptivo transversal de los conductores de 8 entidades dedicadas al transporte de pasajeros de La Habana. Éstas contaban con 694 conductores, de los cuales fueron seleccionados por muestreo simple aleatorio 367, considerando los siguientes indicadores de la muestra: prevalencia previa 20,0%, precisión = 2,81, Z = 95%.

La totalidad de los conductores fueron informados previamente de las características y los propósitos del estudio, se registró la edad de los seleccionados y se les aplicó el cuestionario MALT (Münchener Alkoholismus Test)⁴.

Se determinaron las frecuencias de conductores alcohólicos, aquellos con riesgo de alcoholismo y los no alcohólicos, así como los intervalos de confianza (IC) del 95%. Además, se determinó la edad media [desviación estándar (DE)] de los conductores.

La totalidad de los conductores evaluados fueron del sexo masculino y tuvieron una edad de 48,6 (8,3) años (edad mínima, 29 años; edad máxima, 66 años).

El 23,4% (IC del 95%, 19,1-27,8) de los conductores fue considerado alcohólico, el 30,5% (IC del 95%, 25,8-35,2) con riesgo de alcoholismo y el 46,0% (IC del 95%, 40,9-51,1) no alcohólico.

A diferencia de otras ciudades, el medio predominante de transporte de la población de la capital de Cuba es el transporte urbano mediante autobús, lo que acentúa la importancia de los resultados obtenidos, especialmente si consideramos las importantes implicaciones sociales y económicas que tiene la ingestión de bebidas alcohólicas en los conductores^{1,5}. En Cuba los accidentes, fundamentalmente los de tráfico, constituyen la quinta causa de mortalidad y tercera causa de años de vida potencial perdidos de la población, además de generar importantes pérdidas económicas.

Las personas con consumo perjudicial-dependencia y trastornos inducidos por el alcohol (demencia-delirio y trastornos

psicopáticos) no poseen unas aptitudes adecuadas para conducir y, según las regulaciones nacionales, no se les puede otorgar o prorrogar el permiso de conducción. Ello ha conllevado la elaboración de normas que establecen la realización de pruebas de alcohol y drogas para renovar la licencia de conducción en muchos países, con especial para los conductores que ocupan posiciones sensibles a la seguridad, entre los cuales se encuentran los conductores de autobús.

La metodología vigente en Cuba para el examen preventivo y periódico de los conductores de vehículos a motor no incluye, al menos de forma explícita, el alcoholismo entre las incapacidades para la conducción, aunque sí menciona entre las alteraciones psiquiátricas los síndromes cerebrales agudos y subagudos. Igualmente, no se establecen como obligatorios, en la totalidad de los conductores, la aplicación de cuestionarios u otros métodos diagnósticos para el alcoholismo.

Los resultados obtenidos han mostrado la magnitud del problema en los conductores de autobús, que tiene implicaciones sobre la calidad y la expectativa de vida de la población cubana. Consideramos que es necesario revisar las metodologías de evaluación médica de los conductores de vehículos, y en particular de los conductores profesionales, en el contexto de un programa integral de prevención de accidentes de tránsito.

**Humberto Guanche Garcell / Carlos Martínez Quesada /
Carlos E. García Ternblom / Francisco Gutiérrez García
/ Rosa Peña Sandoval**

*Departamento de Epidemiología Hospitalaria
y Servicio de Adicciones. Hospital Universitario
«Joaquín Albarrán», La Habana, Cuba.*

Bibliografía

1. Hingson R, Winter M. Epidemiology and consequences of drinking and driving. *Alcohol Res Health*. 2003;27:63-78.
2. Lin SK, Lee CH, Pan CH, HU WH. Comparison of the prevalence of substance use and psychiatric disorders between government-and-self-employed commercial drivers. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003;57:425-31.
3. Michaels D, Zoloth SR. Mortality among urban bus drivers. *Int J Epidemiol*. 1991;20:399-404.
4. Ayerbe García-Monzón L, Pérez-Piñar López M, Díaz Díez-Picazo L, Salguero Molpeceres O. Detección en atención primaria del consumo de alcohol. *Jano*. 2003;65:82-5.
5. Blincoe L, Seay A, Zaloshnja, Miller T, Romano E, Luchter S, Spicer R. The Economic Impact of Motor Vehicle Crashes, 2000. National Highway Traffic Safety Administration. Report N.º DOT HS 809-446, mayo 2002.

Recuperación de la natalidad: inmigración y salud en Cataluña

(Recovering birthdate, immigration and health in Catalonia)

Sr. Director:

En 1999 se inicia en España el *boom* de la inmigración. Un lugar de trabajo es su principal objetivo, pero uno de los atractivos más importantes de nuestro país es el disponer de

un sistema sanitario de fácil y libre acceso gracias a la asistencia sanitaria universal¹. En España a 1 de enero de 2005, los inmigrantes empadronados representan el 8,5% de la población (3.730.610 habitantes)². Su impacto está siendo desigual en las diferentes comunidades autónomas, y Cataluña es una de las más afectadas². Uno de los aspectos en que ha determinado la inmigración ha sido el cambio de tendencia de la natalidad y, por consiguiente, en el sistema sanitario y la salud pública.

En 1999 se produjeron en Cataluña 59.359 nacimientos, pasando a 76.687 en 2004, lo que implica un incremento del 29,2% (fig. 1). La tasa de natalidad ha pasado de 9,1 a 11,3 nacidos vivos por cada 1.000 habitantes en dicho período³.

El número de nacimientos de padres inmigrantes pasó de 5.555 a 16.334. Al inicio del período, estos nacimientos representaban el 9,4% del total, pasando al 21,3% al final del período. Entre 2003 y 2004 la natalidad aumentó globalmente un 5,1%; entre los inmigrantes este aumento fue del 24%, mientras que en la población autóctona fue de un discreto 1,1%³.

La media de edad de las madres al parir fue de 30,8 años en las autóctonas y de 25 en las inmigrantes. Según la nacionalidad de la madre, los nacimientos se distribuyeron de la siguiente forma: 4.606 (28,2%) marroquíes, 1.872 (11,5%) ecuatorianos, 770 (4,7%) chinos, 691 (4,2%) colombianos, 632 (3,9%) rumanos y 468 (2,9%) argentinos.

El incremento de la natalidad se explicaría esencialmente por el efecto de la inmigración procedente de países más natalistas. Los inmigrantes que más mantienen la fecundidad original de su país son los procedentes de África, especialmente los musulmanes. En países como Marruecos y Malí las mujeres tienen 3,1 y 6,3 hijos durante su vida reproductiva. De hecho, en casi 3 de cada 10 nacimientos de madre inmigrante, ésta es marroquí. El impacto de los autóctonos es débil y probablemente transitorio, dado que está finalizando la actividad reproductiva del último *baby boom*.

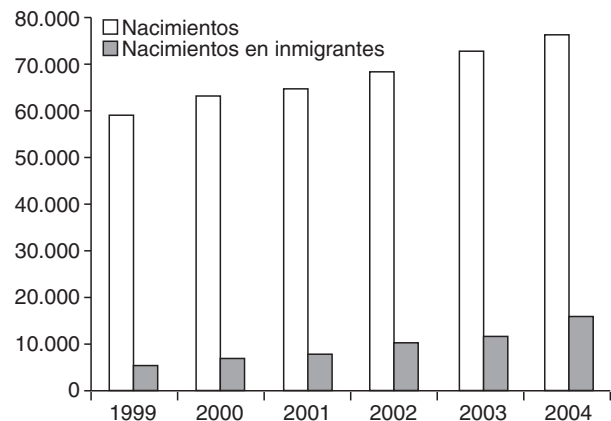
Las mujeres extranjeras tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y posparto, incluso sin haberse inscrito en el padrón municipal de habitantes, al igual que los extranjeros menores de 18 años. La nueva situación se ha plasmado en una mayor presión asistencial en los servicios de toxicología y pediatría. Además, las extranjeras tienden a parir en hospitales de tercer nivel⁴.

El nivel de seguimiento de la gestación suele ser adecuado, especialmente en las mujeres procedentes de Centroamérica y Sudamérica, y no presentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto. El promedio de visitas para el control preparto fue de 8 en las madres inmigrantes y de 9 en las autóctonas⁴.

Se han detectado algunos problemas de salud materno-infantil, especialmente en las madres procedentes del África subsahariana, como partos pretérmino, abortos o bajo peso al nacer¹. A ellos cabe añadir los problemas de salud bucodental, déficit de higiene bucodental, hábitos alimentarios deficientes y deficiencias en las coberturas vacunales o de los documentos justificativos de haber recibido las vacunas pertinentes¹.

Otro aspecto a tener en cuenta es el importante número de embarazos en adolescentes inmigrantes y la prostitución

Figura 1. Número de nacimientos en Cataluña 1999-2004.



con prácticas de mayor riesgo que practica un sector de la inmigración femenina^{4,5}.

La transmisión perinatal del virus de la inmunodeficiencia humana, especialmente por las madres procedentes de países con elevada prevalencia de infección en mujeres, no ha tenido un impacto notable, como tampoco lo ha tenido de manera global la inmigración en la epidemia del sida⁵.

En general, no estamos ante un problema sanitario, simplemente se está produciendo un incremento de la presión asistencial como consecuencia de la recuperación de la natalidad. Este fenómeno no ha venido acompañado de un incremento de riesgos para la salud. En este sentido, la mortalidad infantil continúa bajando en Cataluña hasta niveles extraordinariamente bajos (2,89 fallecidos el primer año de vida por 1.000 nacidos vivos en 2003).

Juan Torres Puig-grós

Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Lleida;
Serveis Territorials del Departament de Salut a Lleida,
Generalitat de Catalunya, Lleida, España.

Bibliografía

- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl:207-13.
- Estadística de variaciones residenciales 2004. Migraciones exteriores [página en internet]. Instituto Nacional de Estadística [consultado 13/11/2005]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft20%2Fp307%2Fa2004&O=pcaxis&N=&L=0>
- Anuari Estadístic de Catalunya 2004 [monográfico en internet]. Institut d'Estadística de Catalunya. Generalitat de Catalunya; 2005 [consultado 13/11/2005]. Disponible en: http://www.idescat.net/cat/idescat/publicacions/anuari/aec_pdf/aec-cap2.pdf
- Sánchez-Fernández Y, Muñoz Ávalos N, Pérez-Cuadrado S, Robledo-Sánchez A, Pallás Alonso CR, De la Cruz-Bértolo A, et al. Mujeres inmigrantes: características del control prenatal y del parto. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:441-7.
- Binefa G. Inmigració i infecció pel VIH. *Infosida.* Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. 2005;29:3.